



## Fragebogen PSYCHOTHERAPIE für Ihre Aufnahme in die Warteliste.

**Lassen Sie uns den Fragebogen bitte ausgefüllt und unterschrieben zukommen. Bitte informieren Sie uns unbedingt, wenn kein Interesse mehr an einem Therapieplatz besteht.** Vielen Dank.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kontakt-Tel.-Nr. Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Kontakt-E-Mail: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt/-ärztin:** \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie kurz die Beschwerden/Symptomatik, weswegen Sie eine ambulante Psychotherapie durchführen möchten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Gibt es besondere Anliegen bzgl. Therapeut oder Therapiezeiten?

\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine ambulante Psychotherapie oder stationäre Behandlung deswegen durchgeführt?  Nein  Ja

Wenn ja: wann? wo?

\_\_\_\_\_

Psychopharmakologische Medikation?  Nein  Ja

Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie sich selbst zu der Anmeldung bei uns entschieden bzw. durch wen wurde Ihnen die Durchführung einer Psychotherapie empfohlen?

\_\_\_\_\_

Wurde ein Antrag auf Rente/Erwerbsminderung gestellt?  Nein  Ja

Sobald wir Ihnen ein Erstgespräch oder Therapieplatz anbieten können, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Wie dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Telefon  E-Mail  egal

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_